Deutscher Bundestag **Drucksache 16/7491**

16. Wahlperiode 12. 12. 2007

Antrag

der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, Dr. Heinrich L. Kolb, Jens Ackermann, Michael Kauch, Detlef Parr, Christian Ahrendt, Uwe Barth, Rainer Brüderle, Angelika Brunkhorst, Ernst Burgbacher, Patrick Döring, Mechthild Dyckmans, Jörg van Essen, Ulrike Flach, Horst Friedrich (Bayreuth), Dr. Edmund Peter Geisen, Miriam Gruß, Joachim Günther (Plauen), Dr. Christel Happach-Kasan, Heinz-Peter Haustein, Elke Hoff, Birgit Homburger, Dr. Werner Hoyer, Hellmut Königshaus, Jürgen Koppelin, Sibylle Laurischk, Harald Leibrecht, Ina Lenke, Michael Link (Heilbronn), Horst Meierhofer, Patrick Meinhardt, Jan Mücke, Burkhardt Müller-Sönksen, Dirk Niebel, Hans-Joachim Otto (Frankfurt), Cornelia Pieper, Gisela Piltz, Jörg Rohde, Frank Schäffler, Marina Schuster, Dr. Hermann Otto Solms, Dr. Rainer Stinner, Carl-Ludwig Thiele, Florian Toncar, Christoph Waitz, Dr. Volker Wissing, Martin Zeil, Dr. Guido Westerwelle und der Fraktion der FDP

Für eine zukunftsfest und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

In Würde gepflegt zu werden ist ein Menschenrecht. Jede Form der Pflege muss deshalb die Würde des Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt stellen. Viele Pflegebedürftige wünschen, möglichst lange und selbstbestimmt im familiären Umfeld verbleiben zu können. Starre Pflegevorschriften, minutengenaue Vergütungstakte und die Konzentration auf die Bürokratie um die Pflege erschweren aber die eigenverantwortliche, persönliche und liebevolle Pflege eines Menschen.

Viele Menschen haben die Sorge, im Alter, wenn sie pflegebedürftig sind, nicht ausreichend versorgt zu werden, ihren Kindern, auch finanziell, zur Last zu fallen oder sozialhilfebedürftig zu werden. Vielen älteren Menschen werden zukünftig die Ehe- oder Lebenspartner sowie die Kinder fehlen, die die Pflege in die eigenen Hände nehmen könnten. Sie befürchten zudem, dass die berufstätige Bevölkerung nicht mehr all zu lange in der Lage sein wird, ein menschenwürdiges Leben im Pflegefall zu finanzieren, wenn man daran festhält, dass die aktuellen Einnahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) komplett für die aktuellen Ausgaben verwendet werden.

Bei ihrer Einführung wurde der Fehler gemacht, die GPV im Umlageverfahren zu organisieren. In den ersten Monaten nach der Einführung hat sie Beiträge eingenommen, ohne Leistungen zu gewähren, und so den Grundstock für einen in den Folgejahren aufgebauten Finanzsockel von rd. 5 Mrd. Euro bilden können.

Seit dem Jahr 1999 realisiert die GPV jedoch ein Defizit nach dem anderen. Selbst die Erhöhung des Beitrags für Kinderlose von 1,7 auf 1,95 Prozent des Arbeitseinkommens hat nicht ausgereicht, um die Ausgaben der GPV für bereits pflegebedürftige Menschen zu decken. Nach einem, durch einen 13. Monatsbeitrag zustande gekommenen kassenmäßigen Überschuss im Jahr 2006, wird die GPV dieses Jahr wohl wieder mit einem Defizit von mindestens 350 Mio. Euro abschließen. Der aufgebaute Sockel wird so in wenigen Jahren aufgebraucht sein.

Die im Umlageverfahren organisierte GPV wird die Folgen einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft nicht bewältigen können. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird sich bis ins Jahr 2050 bis zu verdreifachen. Im selben Zeitraum nimmt die Zahl der Beitragszahler um fast ein Drittel ab. Bleibt es beim Umlageverfahren, hat dies erhebliche Beitragssatzerhöhungen und/oder empfindliche Leistungskürzungen zur Folge. Allein die Verschlechterung des Verhältnisses zwischen Leistungsempfängern und Beitragszahlern führt bis 2050 – soll der Realwert der Leistungen erhalten bleiben – zu einer Steigerung des Beitragssatzes von jetzt 1,7 Prozent auf mindestens 4 Prozent. Eine höhere Nachfrage nach professioneller Pflege sowie der auf Grund der demografischen Entwicklung auch in der Pflege absehbare Fachkräftemangel werden den Beitragssatz noch über dieses Niveau hinaus steigen lassen. Jede über den heutigen Leistungsumfang hinausgehende Leistungsausweitung hat einen weiteren Beitragssatzanstieg zur Folge. Die jeweils jungen Generationen werden immer mehr für die jeweils alten Generationen aufwenden müssen. Bei einer Beibehaltung des Umlagesystems werden somit enorme Finanzierungslasten in die Zukunft, also auf die nachfolgenden Generationen, verschoben.

Die einkommensabhängige Finanzierung der GPV macht sie direkt abhängig von der Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt und der Höhe der Lohnsumme. Die Einnahmesituation der GPV ist somit viel instabiler als dies bei einem Prämiensystem der Fall sein kann. Eine Erhöhung des Beitragssatzanteils des Arbeitnehmers senkt seinen Nettolohn. Eine Erhöhung des durch den Arbeitgeber zu erbringende Beitragsanteils führt über eine Erhöhung der Lohnnebenkosten zu negativen Effekten für Beschäftigung und Wettbewerbsfähigkeit.

Die Leistungssätze der GPV wurden vom Gesetzgeber nominal fixiert und sind seit ihrer Einführung nicht angepasst worden. Der Realwert der Leistungen hat so bisher, gemessen an der tatsächlichen Preissteigerungsrate, um über 17 Prozent abgenommen. Ohne Anpassung ist bis 2050 bei einer jährlichen Preissteigerung von 1,5 Prozent mit einem weiteren realen Wertverlust von fast 50 Prozent zu rechnen. Durch die entsprechend steigende Eigenbeteiligung an den Pflegekosten wächst die Gefahr, dass mehr Pflegebedürftige (wieder) unter die Sozialhilfeschwelle rutschen.

Die Hilfe für Demenzkranke ist verbesserungswürdig. Sie erhalten zwar heute schon Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung, in der Praxis gibt es allerdings immer wieder Probleme bei der Einstufung der Pflegebedürftigkeit. Der besondere Hilfebedarf Demenzkranker, insbesondere an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung, wird durch den aktuellen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht berücksichtigt.

Entscheidet sich der Pflegebedürftige für professionelle Pflege im Rahmen der Sachleistung, hat er kaum Möglichkeiten, die Hilfeleistungen nach seinen individuellen Bedürfnissen zusammenzustellen. Seine Wahlentscheidung reduziert sich in diesem Fall darauf, welchen Anbieter er für eine durch Dritte definierte und im Preis bestimmte (Modul-)Leistung in Anspruch nehmen möchte. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind in ihrer Kundensouveränität stark eingeschränkt. Eine Wahlfreiheit über die Verwendung der Mittel besteht weitgehend nicht. Vielen Pflegebedürftigen wird durch das unflexible Pflegesystem das gewünschte Verbleiben in der häuslichen Umgebung unnötig erschwert.

Die Pflege ist mit Gesetzen und Verordnungen überfrachtet. Durch die Einhaltung und Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben geht Pflegenden wertvolle Arbeitszeit für ihre eigentliche Aufgabe, die Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen, verloren. Gleichzeitig fehlt es an Transparenz bezüglich der Qualität der Pflege. Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ist es nur schwer möglich, eine Pflegeeinrichtung auch nach Qualitätsgesichtspunkten auszuwählen.

Die GPV ist nicht wettbewerblich ausgerichtet. Der Beitragssatz ist kein Wettbewerbsparameter, sondern gesetzlich festgelegt. Der ausgabenorientierte, vollständige Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen sichert den Einheitsbeitragssatz und mindert gleichzeitig Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

anhand der folgenden Grundsätze ein schlüssiges Reformkonzept für die Pflege vorzulegen:

1. Mit einem gleitenden Übergang in ein kapitalgedecktes und prämienfinanziertes Versicherungssystem muss unverzüglich begonnen werden. Nur so kann die in der GPV angelegte Umverteilung zulasten der jungen und nachfolgenden Generationen reduziert werden. Jede Generation trägt dann letztlich die Lasten, die sie selbst verursacht. Jeder Tag, der hierbei ungenutzt verstreicht, erschwert den Umstieg. Das Versicherungssystem muss mit einem steuerfinanzierten sozialen Ausgleich verbunden werden, um eine Überforderung des Einzelnen bei einkommensunabhängigen Prämien zu verhindern. Ein sozialer Ausgleich über das Steuer- und Transfersystem ist gerechter, zielgenauer und transparenter als die bestehende Umverteilung innerhalb des Systems.

   Konkret könnte ein Übergang in ein kapitalgedecktes und prämienfinanziertes Pflegeversicherungssystem folgende Merkmale haben:

   Die Jahrgänge oberhalb einer festgelegten Altersgrenze genießen Vertrauensschutz und verbleiben in der umlagefinanzierten Pflegeversicherung, aus der sie weiterhin Leistungen erhalten. Sie zahlen zukünftig statt des einkommensabhängigen Beitrags eine pauschale Prämie mit einer Belastungsobergrenze, die sie vor Überforderung schützt. Die jüngeren Jahrgänge, unterhalb der Altersgrenze, scheiden aus dem Umlagesystem aus und müssen bei einer Versicherung ihrer Wahl eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung abschließen, deren Leistungsumfang mindestens dem der bisherigen gesetzlichen Pflegeversicherung entspricht. Jeder Versicherte zahlt eine einkommensunabhängige Prämie, die den durchschnittlichen, über den Lebenszyklus anfallenden Pflege-Leistungsausgaben seines Geburtsjahrgangs entspricht (kohortenspezifische Prämie). Um Reserven zu schaffen für Zeiten, in den höhere Pflegeausgaben erwartet werden, und damit die Prämie im Zeitablauf zu glätten, werden eigentumsrechtlich geschützte Altersrückstellungen gebildet. Über einen Aufschlag auf Ihre Versicherungsprämie decken die Jüngeren die im Umlageverfahren entstehenden Defizite. Übersteigt die (Gesamt-) Prämie der Jüngeren die Belastungsobergrenze, wird für den diese Grenze übersteigenden Betrag ein steuerfinanzierter Zuschuss gezahlt. Kinder sind beitragsfrei mitversichert.

   Eine Ausweitung des Umlageverfahrens in Form einer „Bürgerzwangsversicherung“ kommt nicht in Betracht. Die intergenerative Umverteilung zu Lasten künftiger Generationen wird verschärft. Dieses Modell geht somit in die falsche Richtung. Die Ausweitung der Beitragsgrundlage durch die Einbeziehung weitere Einkommensarten und Personengruppen wie Selbstständige und Beamte stellt letztlich eine zweite Einkommensteuer für die Pflege mit negativen Effekten auf Wachstum und Beschäftigung dar.

Der Aufbau einer kollektiven Kapitalreserve in der GPV, die ab einem bestimmten Zeitpunkt aufgelöst werden soll, um so einen Anstieg des Beitragssatzes zu verhindern, ist ebenfalls nicht zielführend. Neben der willkürlich zu treffenden Entscheidung, wer durch den Aufbau des Kapitalstocks zu belasten und wer durch die Stabilisierung des Beitragssatzes zu entlasten ist, ließe sich solch ein Modell nur bei einem zeitlich befristeten demografischen Problem rechtfertigen. Das trifft auf die Pflegeversicherung jedoch nicht zu. Das Verhältnis von Pflegebedürftigen zu Beitragszahlern bessert sich langfristig nicht mehr, sondern verharrt vielmehr auf konstant hohem Niveau.

2. Ohne den Übergang in eine kapitalgedeckte, prämienfinanzierte Pflegeversicherung ist weder das heutige Leistungsniveau mittel- bis langfristig zu halten noch sind Leistungsausweitungen realisierbar. Im bisherigen Umlagesystem besteht hierfür keinerlei Finanzierungsspielraum, sollen nachfolgende Generationen nicht noch zusätzlich belastet werden. Beitragserhöhungen im alten Umlagesystem zur Finanzierung neuer Leistungen für aktuell Pflegebedürftige erhöhen die auf nachfolgende Generationen verschobenen Lasten.

   Es bedarf zunächst der Sicherstellung einer dauerhaften Finanzierung der Pflegeversicherung durch Umstellung auf eine prämienfinanzierte, kapitalgedeckte Versicherung, um in einem zweiten Schritt den Zuschuss der gesetzlichen Pflegeversicherung zu den Kosten der Pflege nicht mehr in seinem nominalen, sondern in seinem realen Wert konstant zu halten (Dynamisierung).

   Dabei soll auch weiterhin das Prinzip gelten, dass nur ein Teil der Kosten der Pflege durch die Pflegeversicherung abgedeckt wird. Der Anteil der Pflegeversicherung muss aber verlässlich definiert sein, damit der Einzelne überblicken kann, wie er für die Lücke zwischen Pflegeversicherungsleistung und tatsächlichen Kosten individuell vorsorgen kann. Eine ergänzende private Vorsorge für den Pflegefall soll über entsprechende Regelungen im Steuerrecht gefördert werden.

   Bei Demenzkranken muss sichergestellt werden, dass die in der Begutachtungsanleitung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit festgeschriebenen Regelungen, die den Hilfebedarf nicht nur aufgrund körperlicher Gebrechen, sondern auch bei geistigen und seelischen Erkrankungen vorsehen, in der Praxis so umgesetzt werden, dass diese Personengruppe nicht benachteiligt wird. Darüber hinaus müssen Konzepte entwickelt werden, wie eine allgemeine Beaufsichtigung so organisiert werden kann, dass den spezifischen Bedürfnissen besser Rechnung getragen werden kann. Mit den Wohngemeinschaften für Demenzkranke ist hier ein Anfang gemacht worden.

3. Pflegebedürftige sollen grundsätzlich ihre eigenen Bedürfnisse definieren und vertreten. Dies beinhaltet die Auswahl und Zusammenstellung von Pflegeleistungen gemäß den individuellen Bedürfnissen. Wer dies nur eingeschränkt oder gar nicht mehr kann, soll hierbei unbürokratisch Hilfe erhalten.

   Um die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen und ihre Rolle als souveräne Kunden zu fördern, soll, wo möglich, die Leistungsgewährung als Sachleistung durch eine nach Schwere der Pflegebedürftigkeit differenzierte Geldleistung ersetzt werden. Dabei sind auch Budget- oder Gutscheinmodelle eine interessante Alternative. Eine höhere Wahlfreiheit bei der Verwendung der Mittel soll möglich sein. Dafür bedarf es jedoch einer Vielzahl von Leistungserbringern und keines staatlich gelenkten Angebots. Auch ist zu prüfen, ob die bisherige Einteilung in drei Pflegestufen nicht durch ein verfeinertes Raster ersetzt werden sollte, um den Zuschuss der Pflegeversicherung zielgenauer und gerechter an dem jeweiligen Hilfebedarf zu orientieren.

Ziel aller strukturellen Maßnahmen in der Pflege muss es sein, Pflegebedürftigen so lange wie möglich das gewünschte Verbleiben in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Die selbstbestimmte Lebensführung im Alter ist durch die Entwicklung und Umsetzung zukunftsfähiger Wohn- und Betreuungsformen (z. B. Betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften), Selbsthilfegruppen, ehrenamtliches Engagement (z. B. „Pflegenetzwerke auf Gegenseitigkeit“) sowie die konsequente Anwendung des Leitsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ zu unterstützen und nicht durch bürokratische Hemmnisse zu behindern.

4. Die Transparenz bezüglich der existierenden Pflegeangebote, ihrer Preise und vor allem ihrer Qualität muss verbessert werden. Die Qualität der Pflege lässt sich nicht allein durch Kontrollen verbessern. Vielmehr sind verstärkt wettbewerbliche Elemente erforderlich. Aus diesem Grund sollen Pflegeeinrichtungen einen Qualitätsvergleich (Benchmarking) nach bundeseinheitlichen Kriterien durchführen, der sich möglichst nah an der Ergebnisqualität orientiert. Dadurch können Einrichtungen ihre guten Pflegeergebnisse öffentlich darstellen. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können dann eine Einrichtung besser nach Qualitätsaspekten auswählen.

5. Pflegenden muss wieder mehr Zeit für ihre eigentliche Aufgabe, die Pflege und soziale Betreuung der Pflegebedürftigen, verbleiben. Dafür müssen die Leistungsanbieter konsequent von bürokratischen Hemmnissen entlastet werden, die einen großen Teil der Arbeitszeit der Pflegenden gebunden, aber zu keiner Verbesserung der Lebensqualität der Pflegebedürftigen beigetragen haben. Dies ist nur durch einen Paradigmenwechsel möglich, der an die Stelle einer starren Regulierung von Strukturen und Prozessen die Fokussierung auf das Pflegeergebnis setzt. In der Pflege braucht es nicht mehr Staat(s-Pflege) im Sinne neuer staatlicher Reglementierung und staatlicher bzw. quasi-staatlicher Institutionen, sondern mehr individuelle Freiheit sowohl der Pflegebedürftigen als auch der Anbieter, um auf die demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen flexibel und bestmöglich reagieren zu können.

Berlin, den 12. Dezember 2007

Dr. Guido Westerwelle und Fraktion



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333